

Dobrý den,

Byl jsem pověřen ředitelem NRC Ing. Pavlem Koženým, Ph.D. reakcí na Vaše otázky ohledně problémů českého zdravotnictví.

Odpověď na dotazy omezím pouze na oblasti, v kterých se profesně orientuji, a to jsou:

- datová komunikace
- procesy klinické dokumentace a kódování
- výběr klasifikace procedur
- využití casemix klasifikace (DRG)
- financování zdravotnictví

Použité zkratky:

DG	Diagnóza / diagnózy
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10
DRG	Klasifikační systém (Diagnosis Related Groups)
SW	software

### **Oblast 1 - datová komunikace**

#### Aktuální stav (popis problémů)

Nemocnice jako tvůrci a poskytovatelé primárních dat zdravotnictví jsou zavaleny nadměrnou administrativou. Obdobné údaje jsou vykazovány na několik míst (např. porody). Většinou není kontrolována validita předávaných údajů (např. DG, nozokomiální nákazy, ...), což snižuje další použitelnost těchto údajů, a to v některých případech až na nulu.

Existuje mnoho roztržštěných registrů (datových úložišť), kvalita dat v těchto registrech není obvykle validována, samotné registry jsou realizovány na různých technologiích s různými datovými rozhraními plnění.

Někdy je obtížné jednoduše a prokazatelně zjistit, co přesně má být obsahem datové komunikace a na základě čeho jsou data sbírána (např. metodika kódování DG pro DRG x instrukční příručka MKN-10)

Nejsou nastaveny procesy zajištění kvality (validity) dat, které zahrnují obecně:

- vytvoření metodiky správného určení, vykazování a sběru dat
- vytvoření edukace v oblasti správného vykazování a sběru dat
- vytvoření revizního systému (revize / audit) kontroly kvality vykazovaných dat

Výše uvedený popis lze shrnout do těchto bodů:

- vysoká administrativní náročnost datové komunikace (vzhledem ke kvalitě dat)
- vysoké náklady na datovou komunikaci a uložení dat (vzhledem ke kvalitě dat)
- nízká a objektivně neměřená kvalita dat
- data popisující stejnou realitu se mohou lišit (a také liší)

#### Navrhované řešení:

Projekt, jehož cílem bude zajistit validitu dat sbíraných a zpracovávaných ve zdravotnictví při současném snížení administrativní zátěže na subjekty zapojené do sběru dat a zvolit sadu údajů sbíraných pro potřeby tzv. registrů. Možností je financování tohoto projektu z EU.

Návrh cílů projektu:

- provést audit datových toků ve zdravotnictví
- na základě auditu nově nastavit procesy datové komunikace
- vytvořit SW komunikačních modulů a datového centra pro sběr, kontrolu a zpracování dat ve zdravotnictví
- zajistit edukaci pro podporu nového modelu datové komunikace

## Oblast 2 - procesy klinické dokumentace a kódování diagnóz MKN-10

### Aktuální stav (popis problémů)

Jedním ze základních předpokladů jak pro ukazatele kvality a výkonnosti, tak pro využití v rámci casemix klasifikací (DRG) je kvalita kódování diagnóz v klasifikaci MKN-10.

MKN-10 byla v ČR „papírově“ zavedena jako v první zemi na světě v r. 1993, spolu s tímto zavedením však neproběhlo zavedení nezbytných procesů. Zavedení proběhlo bez materiální přípravy (2. a 3. díl klasifikace byl vydán s několikaletým zpožděním) a bez edukační přípravy (školení začala v r. 2004). Nejsou nastaveny procesy validace dat (audity klinické dokumentace a kódování). Nejsou výkladová pravidla (pravidlo pro hlavní dg, ...). Není jasné, kdo je autoritou vykládající správné kódování klasifikace. Neexistuje help-desk pro kodéry (možnost ověřit správnost zakódování)

Výše uvedené skutečnosti vedou k tomu, že kódy DG nepopisují správně realitu – nejsou kvalitní<sup>1</sup>, a jakýkoliv systém postavený na těchto kódech tyto problémy přebírá a případně zesiluje – to se týká klasifikace DRG, kde je otevřen prostor pro účelové chování (upcoding) i všech ukazatelů využívajících kódů DG.

### Navrhované řešení:

Projekt, jehož cílem bude zajistit nastavení nezbytných procesů pro správné určení kódu DG dle MKN-10 (případně jiné, aktuální klasifikace nemocí). Jedná se o tyto procesy:

- vývoj (aktualizace) klasifikace
- vývoj metodiky kódování diagnóz
- edukace kódování
- certifikace kodérů a auditorů kódování a zdravotní dokumentace
- verifikace dat (audity kódování a zdravotní dokumentace)
- help-desk kódování
- datová komunikace

Předpokladem je určení (jedné) instituce odpovědné za provádění těchto procesů a stanovení standardů vedení zdravotní dokumentace (která je jediným zdrojem pro správné zakódování DG).

## Oblast 3 - výběr klasifikace procedur

### Aktuální stav (popis problémů)

V ČR je aktuálně používán Seznam výkonů s bodovými hodnotami. Přestože lze seznam výkonů označovat za klasifikační systém pro výkony, jedná se o klasifikační systém nesplňující kritéria moderních klasifikačních výkonů (strukturovanost klasifikace, strukturovanost kódu), a nedostačující pro aktuální potřeby české zdravotnické informatiky (viz řešení těchto nedostatků např. formou markerových kódů VZP). Existují sice snahy o přípravu implementace mezinárodní v rámci projektu TF05, avšak zvolený postup není dostatečně transparentní (výběr klasifikace pro přípravu k implementaci v rámci projektu nebyl podroben veřejné oponentuře, což značně snižuje šanci na jeho budoucí implementaci).

### Navrhované řešení:

Při změně stávajícího klasifikačního systému výkonů je nutné řídit se transparentními pravidly – vyhodnotit zvažované klasifikační systémy podle pravidel stanovených v rámci fóra všech stakeholderů (zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení, stát), těmto kritériím přiřadit váhy pro hodnocení. Výsledky hodnocení jednotlivých systémů podrobit oponentuře stakeholderů.

Ustanovit pouze jednu klasifikaci jako povinnou pro stanovené účely (viz např. MKN10, která je legislativně zakotvena pro statistickou službu). Nepodporovat systém souběžného fungování více klasifikačních systémů pro výkony.

---

<sup>1</sup> Kvalita dat je definována jako jejich přesnost, včasnost, úplnost, konzistence.

Předpokladem úspěchu je oficiální a jednoznačné prohlášení Ministerstva zdravotnictví ČR o podpoře zavádění nové, mezinárodně používané klasifikace výkonů, včetně krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé strategie v oblasti využití této klasifikace. Na základě tohoto prohlášení musí MZČR zajistit finanční, institucionální a legislativní zajištění aktivit nezbytných pro fungování této klasifikace:

- 1) správa a vývoj klasifikace
- 2) podpora a školení uživatelů klasifikace
- 3) sběr a kontrola kódů výkonů

Dále zavedení obdobných procesů pro klasifikaci výkonů jako je zmíněno u klasifikace diagnóz.

#### **Oblast 4 - využití casemix klasifikace (DRG)**

##### Aktuální stav (popis problémů)

V ČR jsou snahy o zavedení casemix klasifikace (DRG) už více než 10 let. DRG se však nedá považovat za implementované z důvodu nedostatečné podpory jeho zavádění (dle mezinárodních zkušeností se ukazuje, že nejdůležitějším pro předpokladem zavedení DRG je jasná podpora stakeholdera (většinou vlády), která implikuje zajištění nezbytného institucionálního, finančního a v případě potřeby i legislativního zajištění.

Ukazuje se, že v ČR není stakeholder, který by měl v průběhu času jasný a jednoznačný zájem na zavedení této klasifikace, což způsobuje, že vývoj aktuálně používané klasifikace IR-DRG 1.2 se za posledních 5 let pohnul pouze minimálně – nejvíce v roce 2007 tzv. projektem Pre-kultivace DRG, ale v roce 2008 vývoj klasifikace zas víceméně stagnuje, ač DRG vykazuje mnoho oblastí, které je nutno řešit (namátkou: onkologie, pediatrie, umělá plicní ventilace, emergency, rehabilitace, hematologie, jednodenní chirurgie a krátkodobé hospitalizace).

##### Navrhované řešení:

1. nezbytným předpokladem úspěchu zavádění casemixových systémů (dále v textu jen DRG) je jasné vyjádření Ministerstva zdravotnictví ČR o podpoře zavádění DRG, včetně krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé strategie v oblasti využívání DRG systémů, a to s plným vědomím, že využívání DRG vyvolá potřebu zlepšení kvality dat sbíraných v ČR a pravděpodobně i další zásadní procesní změny v českém zdravotnictví a zdravotnické informatice, které bude třeba zajistit finančně a institucionálně.
2. Financování DRG systému jako veřejný statek - DRG systém považujeme za veřejný statek a jako takový by měl být financován z veřejných prostředků (např. daně či všeobecné zdravotní pojištění). Je třeba stanovit rozpočet na implementaci a vývoj DRG systému na straně implementující organizace (např. NRC), i způsob financování na straně implementujících organizací (zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení).
3. Neponechávat volbu a vývoj DRG systému a souvisejících metodik a procesů plně na smluvní volnosti zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Důvodem je rozdílnost zájmů – dá se očekávat, že by nedošlo k dohodě na 1 systému a sadě metodik, což by následně implikovalo neefektivitu. Náklady na kompletní implementaci systému, kterou by měla provést i ČR (a doposud ji neprovedla) se ve světě pohybují v jednotkách až stovkách mld. Kč, pro více systémů to znamená až násobné zvýšení těchto částek, bez jasně definovaného užítku z takto vynaložených prostředků.
4. Při změně DRG systému se řídit transparentními pravidly – vyhodnotit zvažované DRG systémy podle stanovených pravidel zahrnujících např. cenu, licenční podmínky, rozšířenost ve světě, zkušenosti se systémem, podporu při zavádění, přidružené (nativní) klasifikace nemocí a výkonů.

#### **Oblast 5 - financování zdravotnictví**

##### Aktuální stav (popis problémů)

Akutní hospitalizační péče je v ČR financována už více než 10 let paušálem, který zachovává historické nespravedlnosti v úhradách péče (za stejnou péči náleží různým ZZ různá úhrada). Tento způsob financování není pro nemocnice příliš motivující z hlediska poskytovaného objemu a kvality péče.

Navrhované řešení:

V návaznosti na kultivaci DRG a řešení dalších oblastí (klasifikace výkonů a diagnóz) je vhodné nahradit nespravedlivý paušální systém systémem založeným na DRG.

DRG sice nelze považovat za ideální nástroj financování, ale žádný takový ani neexistuje. V komparaci s paušální úhradou však DRG nabízí potenciál výrazného zvýšení spravedlnosti financování i motivací ke snižování nákladů a zvyšování kvality (za předpokladu, že DRG bude doprovázeno vytvářením standardů péče, což je nezbytné, protože DRG motivuje primárně ke snižování nákladů).

Doufám, že zasláné stanovisko pomůže při řešení problémů českého zdravotnictví.

S pozdravem

Ing. Petr Fišer  
projektový manažer / analytik  
tel.: 221752105  
fax: 272654299  
Národní referenční centrum  
[www.nrc.cz](http://www.nrc.cz)